



Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für das Berichtsjahr 2006



Luxemburger Straße 1
53909 Zülpich
Telefon 02252 530
Telefax 02252 53211
www.marienborn-psychiatrie.de



Inhaltsverzeichnis:

Einleitung	4
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-3 Standort(nummer)	5
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	5
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	8
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	8
- Sonstige krankenhausesindividuelle Versorgungsschwerpunkte	8
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	8
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)	8
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses	8
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	9
B-1 Allgemeine Psychiatrie (2900)	9
B-1.1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	9
B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung - B-1.2 Psychiatrie	9
B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	10
B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	11
- B-1.4 Räumlichkeiten	11
- B-1.4 Ausstattung der Patientenzimmer	11
- B-1.4 Verpflegung	11
- B-1.4 Ausstattung/ Besondere Serviceangebote des Krankenhauses	11
- B-1.4 Persönliche Betreuung	12





B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	12
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD	12
B-1.7	Prozeduren nach OPS	12
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	12
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	12
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	12
B-1.11	Apparative Ausstattung	13
B-1.12	Personelle Ausstattung	13
B-1.12.1	Ärzte	13
B-1.12.1	Ärzte (Fachexpertise Qualifikationen)	13
B-1.12.1	Ärzte (Fachexpertise Zusatzweiterbildung)	13
B-1.12.2	Pflegepersonal	13
B-1.12.3	Spezielles therapeutisches Personal	14
C	Qualitätssicherung	15
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	15
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	15
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management- Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	15
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	15
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	16
C-6	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung) (nicht zutreffend)	16
D	Qualitätsmanagement	17
D-1	Qualitätspolitik	17
D-2	Qualitätsziele	19
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	21
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	25
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	28
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	30





Gesetzlicher Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2006

Einleitung

Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MARIENBORN gGmbH ist eine gemeinnützige, katholische Einrichtung, die seit über 115 Jahren unter der Trägerschaft der Cellitinnen steht. Sie versorgt regional und auch überregional psychisch kranke Menschen im Erwachsenenalter.

Als Vertragskrankenhaus gem. § 109 SGB V erstreckt sich der regionale Versorgungsauftrag auf die Stadt Zülpich, den südlichen Erftkreis und für die gerontopsychiatrische Mitversorgung auf den Kreis Euskirchen. In jedem Jahr werden in unserer Fachklinik ca. 2500 Patienten stationär versorgt. Die MARIENBORN gGmbH ist der größte Arbeitgeber der Stadt Zülpich.

Die Klinik bietet in überwiegend Ein- und Zweibettzimmern für 180 Patientinnen und Patienten eine umfassende diagnostische, therapeutische und fachpflegerische Betreuung im integrativ arbeitenden multiprofessionellen Team.

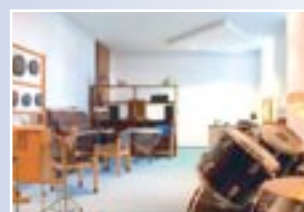
Die hausinternen diagnostischen Möglichkeiten sind breit gefächert. Sie werden bedarfsweise durch spezifische externe Untersuchungen ergänzt.

Für die drei Versorgungsschwerpunkte (Allgemeinpsychiatrie - Gerontopsychiatrie - Sucht) besteht auf neun Stationen ein konzeptionell abgestimmtes differenziertes voll- und teilstationäres Behandlungsangebot.

Die Fachklinik steht in enger Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, umliegenden Krankenhäusern und den komplementären Einrichtungen der Wiedereingliederungs- und Altenhilfe.

Wir nehmen seit geraumer Zeit an freiwilligen und verpflichtenden Qualitätsmaßnahmen teil. Mit dem im Jahr 2004 begonnenen Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems und der angestrebten Zertifizierung nach KTQ wollen wir unsere Bemühungen um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung einer externen Begutachtung und Bewertung unterziehen.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Geschäftsführer Dieter Kesper und Geschäftsführer Joachim Klein, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.





A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MARIENBORN gGmbH

Hausanschrift:
Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der MARIENBORN gGmbH
Luxemburger Strasse 1
53909 Zülpich

Telefon / Fax
Telefon: 02252 53-0
Fax: 02252 53-211

Internet
Homepage: www.marienborn-psychiatrie.de/

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses Institutionskennzeichen: 260530944

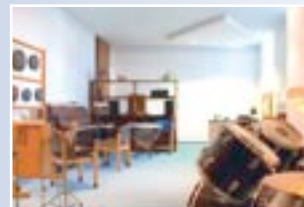
A-3 Standort(nummer) Standort(nummer): 00

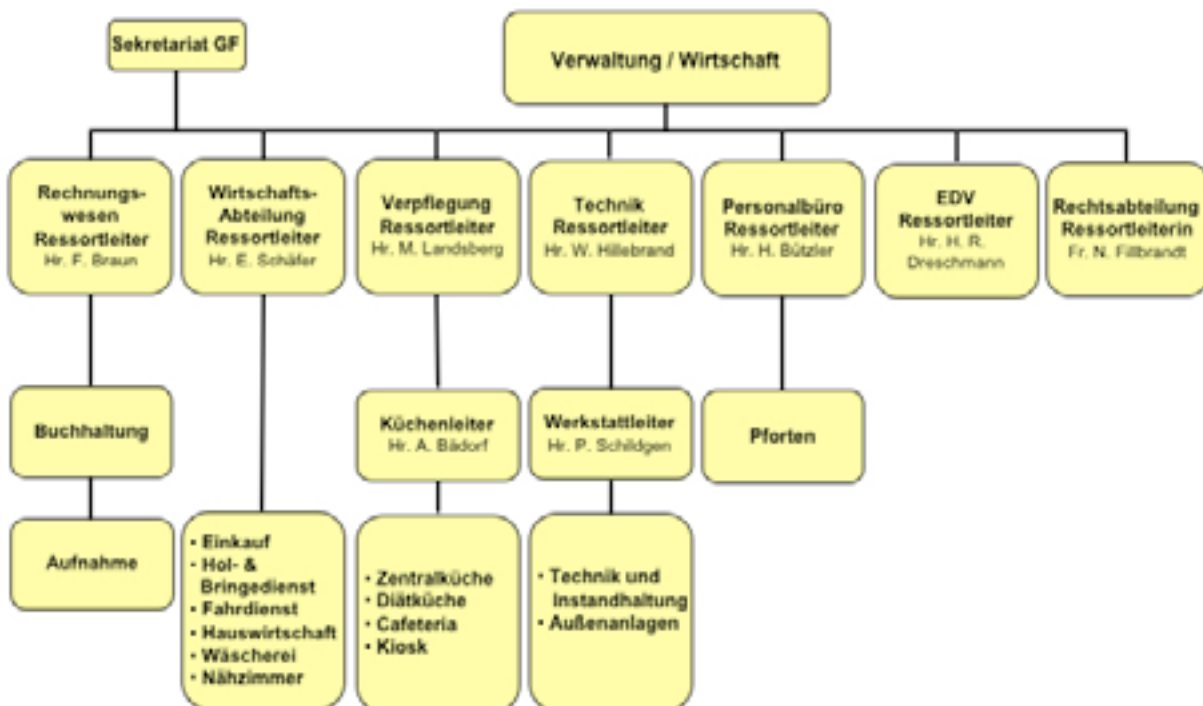
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: MARIENBORN gGmbH
Kartäuserhof 45
50678 Köln

Art: freigemeinnützig

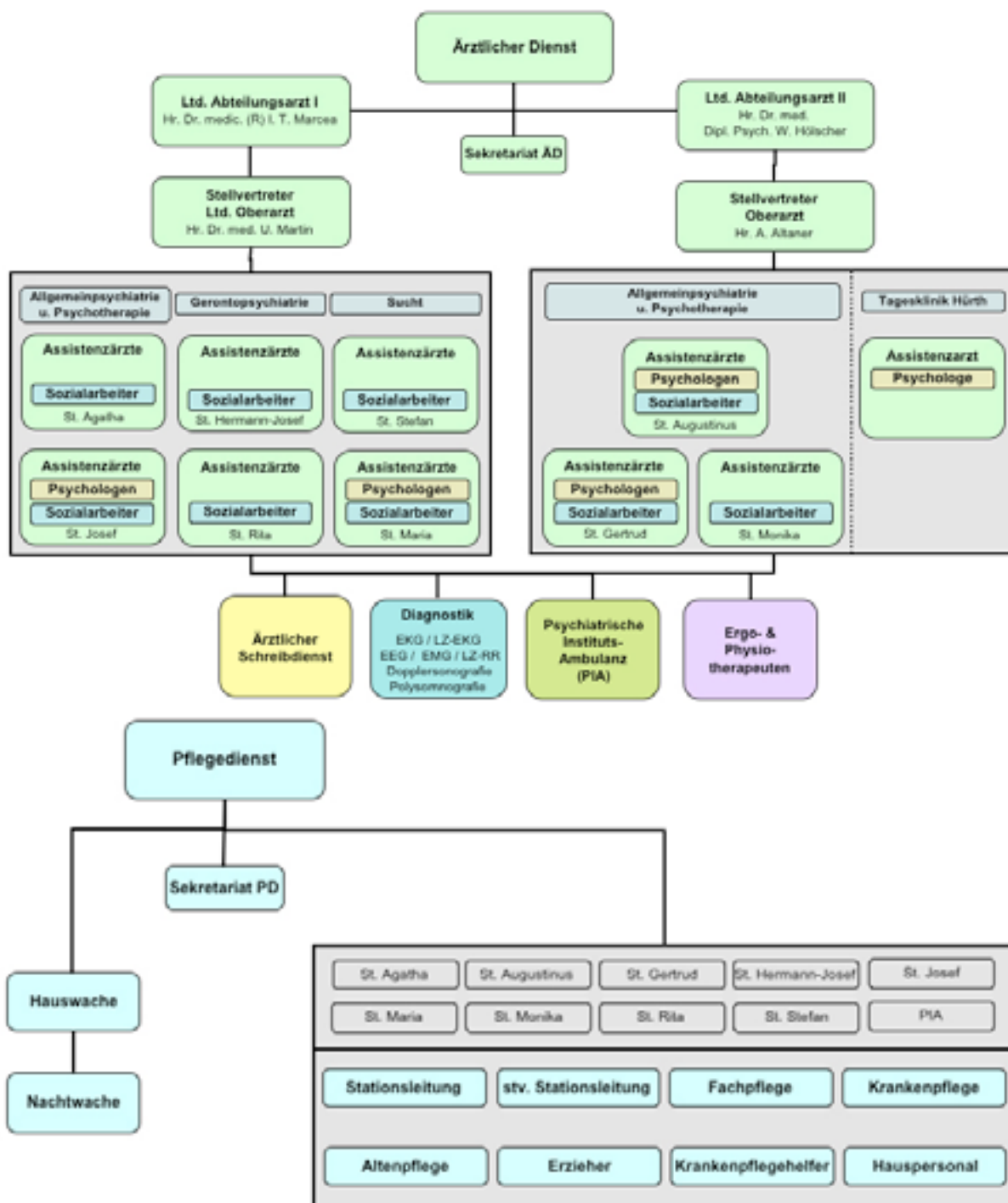
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus Das Krankenhaus ist kein akademisches Lehrkrankenhaus.







A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses





A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für das Krankenhaus besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Sonstige krankenhausesindividuelle Versorgungsschwerpunkte

- VS00 Vertragskrankenhaus gem. § 109 SGB V für die Versorgungsschwerpunkte Allgemeinpsychiatrie - Gerontopsychiatrie - Sucht

Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind:

- 2900 - Allgemeine Psychiatrie

Erläuterungen: Als Vertragskrankenhaus gem. § 109 SGB V erstreckt sich der regionale Versorgungsauftrag der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf die Stadt Zülpich, den südlichen Erftkreis und für die gerontopsychiatrische Mitversorgung auf den Kreis Euskirchen. Für die drei Versorgungsschwerpunkte (Allgemeinpsychiatrie - Gerontopsychiatrie - Sucht) besteht auf neun Stationen ein konzeptionell abgestimmtes voll- und teilstationäres Behandlungsangebot. Patienten, die außerhalb unseres Versorgungsgebietes wohnen, werden ebenfalls behandelt.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Da wir kein Akademisches Lehrkrankenhaus sind, trifft dieser Punkt bei uns nicht zu.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten: 180

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Stationäre Patienten: 2404

Ambulante Patienten: Fallzählweise: 1271





B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Allgemeine Psychiatrie (2900)

B-1.1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Name: Allgemeine Psychiatrie
Ansprechpartner: Herr Chefarzt Dr. Marcea
Abteilungsart: Hauptabteilung
Hausanschrift: Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der MARIENBORN gGmbH
Allgemeine Psychiatrie
Luxemburger Strasse 1
53909 Zülpich

Telefon / Fax

Telefon: 02252 53-0
Fax: 02252 53-211

Internet

Homepage: www.marienborn-psychiatrie.de/

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

Psychiatrie

VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltens-Störungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen





VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP07	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik
MP11	Bewegungstherapie
MP12	Bobath-Therapie
MP13	Diabetiker-Schulung
MP14	Diät- und Ernährungsberatung





MP15	Entlassungsmanagement
MP16	Ergotherapie
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/ Bezugspflege
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP23	Kunsttherapie
MP24	Lymphdrainage
MP25	Massage
MP26	Medizinische Fußpflege
MP27	Musiktherapie
MP31	Physikalische Therapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen





MP49	Wirbelsäulengymnastik
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Räumlichkeiten

SA01	Aufenthaltsräume
SA02	Ein-Bett-Zimmer
SA04	Fernsehraum
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen
SA08	Teeküche für Patienten
SA09	Unterbringung Begleitperson
SA10	Zwei-Bett-Zimmer
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle





Ausstattung der Patientenzimmer

SA18	Telefon
SA19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer

Verpflegung

SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)
------	---

Ausstattung/Besondere Serviceangebote des Krankenhauses

SA22	Bibliothek
SA23	Cafeteria
SA24	Faxempfang für Patienten
SA25	Fitnessraum

Erläuterungen:
zusätzlich Multifunktionsspielfeld im Aussenbereich

SA26	Friseursalon
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten
SA31	Kulturelle Angebote





SA33	Parkanlage
SA36	Schwimmbad
SA38	Wäscheservice

Persönliche Betreuung

SA41	Dolmetscherdienste
SA42	Seelsorge

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 2404

Teilstationäre Fallzahl: 83

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

ICD-10 Nummer	Fallzahl	Umgangssprachliche Beschreibung
F10	747	Psychische oder Verhaltens-Störungen durch Alkohol
F32	394	Depressive Episode
F20	391	Schizophrenie
F05	245	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F33	159	Rezidivierende depressive Störung





F43	94	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F19	59	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
F31	48	Bipolare affektive Störung
F60	42	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F25	42	Schizoaffektive Störungen

Tabelle B-1.6 Allgemeine Psychiatrie: Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Es wurden keine Prozeduren nach OPS angewandt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Es wurden keine ambulanten Operationen nach § 115b SGB V durchgeführt.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Ein Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung ist nicht vorhanden.
- Es liegt keine BG-Zulassung vor.





B-1.11 Apparative Ausstattung

AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)
AA11	Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät

B-1.12 Personelle Ausstattung

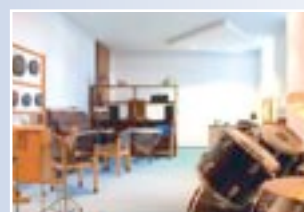
B-1.12.1 Ärzte

Ärzte	Anzahl Vollkräfte	Kommentar/ Ergänzung
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	18,5	Drei Ärzte besitzen eine Weiterbildungsbefugnis
davon Fachärzte (außer Belegärzte)	8,0	

Tabelle B-1.12 Allgemeine Psychiatrie: Anzahl Ärzte

B-1.12.1 Ärzte (Fachexpertise Qualifikationen)

AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie





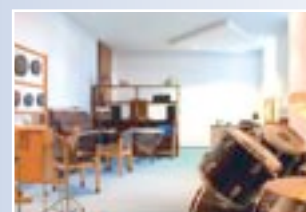
B-1.12.1 Ärzte (Fachexpertise Zusatzweiterbildung)

ZF22	Labordiagnostik
ZF28	Notfallmedizin
ZF35	Psychoanalyse
ZF36	Psychotherapie
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-1.12.1 Ärzte

Pflegekräfte	Anzahl Vollkräfte	Kommentar/ Ergänzung
Pflegekräfte insgesamt Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit entsprechender Fachweiterbildung)	102,5 81,8	
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprech- ender Fachweiterbildung)	9,0	

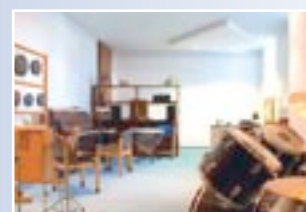
Tabelle B-1.12 Allgemeine Psychiatrie: Anzahl Pflegekräfte





B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

SP01	Altenpfleger
SP02	Arzthelfer
SP04	Diätassistenten
SP05	Ergotherapeuten
SP06	Erzieher
SP13	Kunsttherapeuten
SP15	Masseure/Medizinische Bademeister
SP16	Musiktherapeuten
SP21	Physiotherapeuten
SP23	Psychologen
SP24	Psychotherapeuten
SP25	Sozialarbeiter
SP26	Sozialpädagogen





C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) ermöglichen.

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Das Krankenhaus nimmt an keinen Disease-Management-Programmen teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Freiwillige externe Qualitätsbewertungen

- Winnenden-Studie (PsychPV-Vergleich bundesweit)
- Krankenhauszweckverbandsinterne Auswertungen nach:
 - Fallzahlen/Verweildauern nach ICD 10-Katalog
 - Durchschnittliche Personalkosten je nach Dienstart
 - Personalausfallzeiten
 - Fallkosten
 - Pflegesatzvergleiche
 - Arzneimittelpreisvergleiche
- Krankenhauszweckverbandsinterne Auswertungen durch Austausch von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen für die nach BPfIV abrechnenden Häuser.
- Umfragen und Auswertungen des Diözesan-Caritas-Verbandes





C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenvereinbarung (Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V) Mindestmengen festgelegt sind.

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

Nicht zutreffend.

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Das Leitbild der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Dem Leitbildprozess in der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MARIENBORN gGmbH sind ausführliche Auseinandersetzungen mit der Philosophie unserer Stiftung sowie den Leitbildgestaltungen zweier unserer Kölner Krankenhäuser und vor allem der Altenheime der gGmbH vorausgegangen.

Das Leitbild der Klinik orientiert sich - wie das Leitbild der Stiftung der Cellitinnen e.V. - an der Solidarität mit allen Menschen, die in den Leidenserfahrungen Jesu ihren deutlichsten Ausdruck findet. Leiden, unvermeidbar dem menschlichen Leben zugehörig, bezeichnet die persönliche Seite der Krankheit. Leiden ist über die Erfahrung von Körperschmerzen und körperlicher Einschränkung hinaus auch ein Ausdruck der in Gefahr geratenen Sinnhaftigkeit des Lebens und der damit verbundenen Ängste und Zweifel. Die Einfühlung in das Leiden der Patienten ermöglicht die Entdeckung von Gemeinsamkeiten im Menschsein als Grundlage für eine Solidarität jenseits aller Glaubensrichtungen und Ideologien.





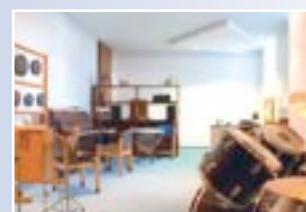
Voraussetzung für die Entwicklung einer Sinnhaftigkeit des Lebens ist die Fähigkeit des Menschen zur Selbstbestimmung. Der Mensch ist sein eigener Sinngestalter, indem er ständig eine Wahl zwischen vielfältigen Möglichkeiten treffen können muss, seien es lebenspraktische, seine mitmenschlichen Beziehungen, seine Weltanschauung oder seinen Glauben betreffende. Durch diese ständigen Wahlen verwirklicht sich ein Muster, eine Bedeutungslinie, die seine Lebensgeschichte durchwirkt und ihr Kontinuität und den Charakter eines individuellen Sinngefüges verleiht.

Selbstbestimmung ist eine Fähigkeit, die sich lebenslang entwickelt und sich ständig zahlreicher Infragestellungen erwehren können muss. Die Voraussetzungen für die Entwicklung und den Erhalt der Fähigkeit zur Selbstbestimmung können unter anderem auch durch Krankheiten eingeschränkt werden.

Selbstbestimmt handeln zu können setzt voraus, dass der Mensch in der Lage ist, die Notwendigkeiten des Zusammenlebens mit anderen Menschen zu erkennen, zu verinnerlichen und zum Maßstab seines Handelns werden zu lassen. Gelingt das nicht, so wirken diese äußeren Notwendigkeiten als Fremdbestimmung mit den entsprechenden Folgen für das Selbstgefühl des Betroffenen.

Körperliche Einschränkungen, die zum Beispiel bedingt sind durch motorische Störungen, Störungen der Sinnesgebiete oder Störungen der inneren Organe, schränken die Freizügigkeit, die Spielräume für äußere Bewegung ein, wirken aber nicht zwangsläufig im Sinne einer Einschränkung der Selbstbestimmung.

Die Entwicklungsvoraussetzungen für selbstbestimmtes Verhalten werden vor allem durch die in das Fachgebiet der Psychiatrie fallenden Krankheiten und Störungen zum Teil erheblich beeinträchtigt, da diese gewissermaßen die „Organe“ der Selbstbestimmung, die Kritik- und Urteilsfähigkeit selbst betreffen. Daran wird deutlich, dass Fragen der Selbstbestimmtheit ausgesprochen und unausgesprochen in unserem Alltag mit den Patienten einer psychiatrischen Klinik berührt werden.





Ganz offenkundig ist das der Fall, wenn im Rahmen der Behandlung eines Patienten freiheitseinschränkende Maßnahmen erforderlich sind. Aber auch im Bereich des subjektiven Erlebens wirken sich die Symptome der psychiatrischen Erkrankungen im Sinne einer Einschränkung der Selbstbestimmung aus, eingängig nachvollziehbar beispielsweise bei den Abhängigkeitserkrankungen.

Die Beachtung der Selbstbestimmung unserer Patienten ist Grundlage unserer Arbeit. Dies bedeutet, dass wir professionell und einfühlsam Sorge dafür zu tragen haben, dass unsere Patienten durch Überwindung von Krankheitsmerkmalen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und sozialer Kompetenz erlangen.

Die Umsetzung des Leitbildes der Psychiatrischen Klinik MARIENBORN orientiert sich an den Verhaltens- und Handlungsrichtlinien, die uns als „Kennzeichen und Standards des katholischen Krankenhauses in den Krankenhäusern der Stiftung der Cellitinnen e.V.“ in Schriftform vorliegen. Diese Kennzeichen und Standards sind als Operationalisierungen des Leitbildes zu verstehen. Sie gehen über die von den MitarbeiterInnen geforderte Fachlichkeit ihres Handelns hinaus und beschreiben konkrete Qualitäts- und Prozessziele zu allen wesentlichen Aspekten des mitmenschlichen Umgangs im Rahmen des Verhältnisses zu Patienten oder im Rahmen der Verhältnisse innerhalb der Dienstgemeinschaft im Krankenhaus.

Dieses Leitbild, in dem unsere obersten und globalsten Ziele genannt sind, ist die Grundlage unserer Qualitätszielplanung.

D-2 Qualitätsziele

Qualitätszielplanung

Vom Leitbild abgeleitet haben wir unsere strategischen Ziele, welche in wirtschaftliche und arbeitsbezogene Qualitätsziele unterteilt werden, formuliert. Die strategischen Ziele werden jährlich im Rahmen unserer Managementbewertung überprüft und aktualisiert.





Wirtschaftliche Ziele

Unsere wirtschaftlichen Ziele werden jährlich von der Betriebsleitung festgelegt und lauten u.a. folgendermaßen:

- Einhaltung aller Planzahlen der internen Budgetierung (Kosten und Erlöse).
- Einhaltung der vereinbarten Investitions- und Instandhaltungspläne.

Arbeitsbezogene Qualitätsziele - Prozessziele

Die arbeitsbezogenen Qualitätsziele sind formuliert für unsere identifizierten klinischen Kernprozesse „Aufnahme“, „Ambulanz“, „Diagnostik“, „Behandlung“, „Entlassung“, „Betreuungskonzepte“ und „Tagesklinik“ sowie die unterstützenden Kernprozesse „Leitung“, „Mitarbeiter“, „Kommunikationswesen“, „Verwaltung“, „Technik“, „Verpflegung“, „Beschaffung, Bereitstellung und Entsorgung“ und „Sicherheit“.

„Aufnahme“ und „Entlassung“: Verbesserung der Aufnahme- und Entlassungsorganisation

„Ambulanz“: Ausbau und Optimierung der Arbeitsabläufe in der Institutsambulanz

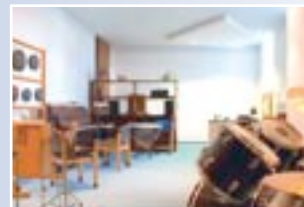
„Diagnostik“: Optimierung der Organisationsabläufe

„Behandlung“: Effizienterer Einsatz der vorhandenen therapeutischen Ressourcen

„Betreuungskonzepte“: Ausbau der vorhandenen Strukturen und Ressourcen

„Tagesklinik“: Ausbau und Optimierung der tagesklinischen Behandlung

„Leitung“: Qualitätssicherung,
Projektmanagement





„Mitarbeiter“:	Weiterentwicklung der Mitarbeiter, Ressourcenausschöpfung
„Kommunikationswesen“:	Verbesserung des Daten- und Informationsaustausches
„Verwaltung“:	Optimierung von Arbeitsabläufen
„Technik“:	Sicherstellung der Medizin- und Haustechnik
„Verpflegung“:	Optimierung der Patienten- und Mitarbeiterversorgung
„Beschaffung, Bereitstellung und Entsorgung“:	Verbesserung der Arbeitsabläufe
„Sicherheit“:	Sicherstellung von Patienten- und Mitarbeitersicherheit

Arbeitsbezogene Qualitätsziele - Einzelziele

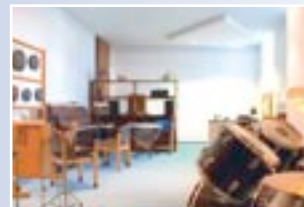
Zu den Prozesszielen haben wir in unseren Ablauf- und Vorgehensbeschreibungen messbare, nachvollziehbare, relevante, angemessene und spezifische Einzelziele formuliert, welche je nach Prioritätsgrad, von unseren Mitarbeitern überprüft werden.

Einzelziele für die Ablaufbeschreibungen der Aufnahme lauten z. B.:

- Jeder Patient wird innerhalb der ersten 30 Minuten seines Aufenthaltes sowohl administrativ als auch ärztlich und pflegerisch aufgenommen.
- Ein Patient bekommt spätestens eine Stunde nach seinem Eintreffen im KH sein Zimmer zugewiesen.

Ein Einzelziel für die Ablaufbeschreibung der Entlassung lautet z. B.:

- Jeder Entlassungs-Arztbrief soll innerhalb von 14 Tagen beim einweisenden niedergelassenen Arzt vorliegen.





Zielüberprüfung

Die Auswertung der Überprüfung bzw. die Neufestlegung dieser spezifischen Ziele ist wiederum Teil der jährlich stattfindenden Managementbewertung.

Vision

Ausbau und Optimierung der vorhandenen gemeindenahen Strukturen, u. a. die ambulanten und tagesklinischen Angebote.

Unternehmenskultur

Unser Ziel ist es, unsere Unternehmenskultur durch mehr Transparenz und eine kooperative Führungsweise innovativer und lebendiger zu gestalten.

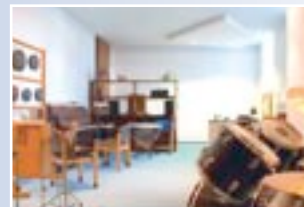
Durch unseren Qualitätsmanagementansatz haben wir die Grundlagen für diese Unternehmensphilosophie gesetzt. Durch die Einbindung aller Mitarbeiter und vor allem durch die veränderte Informationspolitik hat sich ein anderes Bewusstsein bei vielen Mitarbeitern eingestellt. Durch informierte und motivierte Mitarbeiter, welche in Veränderungsprozesse aktiv eingebunden werden, können wir einen ständigen Verbesserungsprozess vorantreiben und eine hohe Identifikation der Mitarbeiter mit ihren Arbeitsplätzen und somit mit unserer Einrichtung erreichen.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Mit dem Aufbau eines strukturierten Qualitätsmanagementsystems beschäftigt sich unsere Einrichtung seit Frühjahr 2004. Als Orientierung wurden die Fragenkataloge nach KTQ und pCC genutzt.

Strukturell haben wir unser QM-System folgendermaßen aufgebaut:

- Projektplanung
- Klärung der Personalien und der Zuständigkeiten
- Projektdurchführung
- Projektcontrolling/Weiterführung des QM-Systems nach der evtl. Zertifizierung





Projektplanung

Mit Unterstützung eines externen Unternehmens wurde das QM-System 2004 eingeführt und seitdem kontinuierlich verbessert und ausgebaut. Die eigentliche Projektplanung erfolgte damals von den externen Beratern und unser Projektplan sah ein auf die einrichtungsspezifischen Besonderheiten angepaßtes modulbezogenes Vorgehen vor (wird unter Projektdurchführung näher beschrieben), welches eine Zertifizierungsreife 2006/2007 zum Ziel hatte.

Klärung der Personalien und Zuständigkeiten

Steuerungsgruppe (STG)

QM ist eine Führungsaufgabe und somit war die Einbindung der Krankenhausbetriebsleitung eine Selbstverständlichkeit. Die Krankenhausbetriebsleitung, ergänzt mit deren Vertretern und dem Qualitätsmanagementbeauftragten bildet die sogenannte Steuerungsgruppe.

Für diese Steuerungsgruppe wurden folgende Aufgaben und Zuständigkeiten festgelegt:

- Die Krankenhausbetriebsleitung benennt den QMB und das QM-Team.
- Die STG trägt die Verantwortung für die gesamte Projektplanung.
- Die STG leitet den Betrieb sukzessive unter den neuen QM-Gesichtspunkten.
- Die STG setzt die Rahmenbedingungen und Grundlagen des Qualitätsmanagements im Rahmen des normativen Managements (z. B. Leitbild, Ethik, Führung, usw.).
- Die STG zeichnet sich verantwortlich für das Ressourcenmanagement.
- Die STG gewährleistet eine zeitnahe Steuerung aller QM-Aktivitäten.
- Die STG erstellt die Qualitätsziele und erklärt ihre Gültigkeit.
- Die STG entscheidet über sämtliche QM-Ergebnisse.
- Die STG sorgt für ein Controlling der QM-Umsetzung an Hand der Qualitätsziele (QM-Berichte, Bewertungen, Audits).
- Die STG ist Vorbild und Vorreiter.





Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB) und dessen Stellvertreter

Der Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) und dessen Stellvertreter sind hauptamtlich in der Einrichtung tätig. Im Organigramm sind sie als Stabstelle direkt unterhalb der Geschäftsführung angesiedelt.

Folgende Aufgaben- und Kompetenzbeschreibung sind für den QMB und den Stellvertreter maßgeblich:

- Der QMB nimmt an allen Sitzungs-Terminen der Steuerungsgruppe und des QM-Teams teil.
- Der QMB ist Projekt-Leiter für die Einführung des QM-Systems und berichtet an die Krankenhausbetriebsleitung.
- Der QMB aktualisiert die Projektmanagement-Dokumentation (Projektsteuerung und Detail-Projektplan).
- Der QMB organisiert und leitet die regelmäßigen QM-Team-Sitzungen.
- Der QMB führt das QM-Team (Ansprechpartner für Fragen und Probleme).
- Der QMB erarbeitet gemeinsam mit Kollegen die Ablaufbeschreibungen.
- Der QMB organisiert alle Optimierungs-Workshops und die Selbstbewertung in der Einrichtung.
- Dem QMB obliegt die Lenkung der in der Klinik verwendeten Formulare und Dokumente (Bestand, Aktualität, Verfügbarkeit von Formularen).
- Dem QMB obliegt die Lenkung der Organisations-Handbücher (Bestand, Aktualität, Verfügbarkeit).

Qualitätsmanagementteam (QM-Team)

Neben der Steuerungsgruppe gibt es eine weitere Mitarbeitergruppe - das sogenannte Qualitätsmanagementteam. Bei uns sind im QM-Team derzeit zehn Mitarbeiter aus den Bereichen ärztlicher/psychologischer und pflegerischer Dienst sowie Mitarbeiter der Verwaltung, des Sozialdienstes, des Schreibdienstes, der Ergotherapie und des Hol- und Bringdienstes.





Ihre Aufgabenbeschreibung sieht wie folgt aus:

- Die Mitglieder des QM-Teams erarbeiten gemeinsam mit Kollegen die Ablauf-Beschreibungen inkl. der QM-Dokumente.
- Die Mitglieder des QM-Teams unterstützen die/den QMB bei der Erstellung des Organisationshandbuchs.
- Die Mitglieder des QM-Teams nehmen an allen QM-Sitzungen und Workshops teil.
- Die Mitglieder des QM-Teams sind verantwortlich für ausgewählte Prozesse (Prozess-Paten).
- Die Mitglieder des QM-Teams motivieren ihre Kollegen dazu, sich aktiv an der Entwicklung des QM-Systems zu beteiligen.
- Die Mitglieder des QM-Teams verstehen sich als Multiplikatoren im Haus und informieren interessierte Mitarbeiter über Grundlagen des Qualitätsmanagementsystems.
- Die Mitglieder des QM-Teams nehmen an ausgewählten Optimierungs-Workshops teil und arbeiten aktiv bei der Selbstbewertung mit.
- Weitere Mitarbeiter wurden prozessbezogen hierarchie- und professionsübergreifend in das laufende Projekt ressourcenbezogen integriert.

Projektdurchführung

Das Projekt wurde modulbezogen aufgebaut.

Stärken-/Schwächenprofil

Begonnen wurde die Einführung des QM-Systems 2004 mit einem sogenannten Kurzcheck. Bei diesem wurde anhand der 103 KTQ/pCC-Kriterien mit ca. 25 Mitarbeitern des Hauses (inkl. der Krankenhausbetriebsleitung) über zwei Tage ein Stärken- und Schwächenprofil erstellt.

Mitarbeiterinformation

Im weiteren Verlauf wurden regelmäßig, u. a. auch ganztägig, Informationsveranstaltungen („Info-Märkte“) für alle Mitarbeiter bzgl. des QM-Projektes in Verbindung mit anderen mitarbeiterrelevanten Themen durchgeführt.





Ist-Analyse

Von den Mitarbeitern des QMT wurden dann in Interviewform mit weiteren Kollegen Ablaufbeschreibungen zu ausgewählten Prozessen als Ist-Analyse erstellt, wobei es ein Ziel war, in diesen Beschreibungen die Schnittstellen mit darzustellen.

Diesen Ist-Analysen wurde eine Auflistung mit relevanten Problemen und Ideen zur Problemlösung beigefügt.

Prozessoptimierung

Im Rahmen unsere Prozessoptimierungen wurden und werden diese Ist-Analysen fortlaufend prozessbezogen mit den beteiligten Mitarbeitern und den Entscheidungsträgern diskutiert, Änderungen beschlossen, Aufgaben abgeleitet und nach der Freigabe der Veränderungen durch die Krankenhausbetriebsleitung als verbindliche Vorgaben an alle Mitarbeiter in Form des Organisationshandbuches verteilt.

Diese kontinuierlichen Optimierungen sind der Kern unseren QM-Systems.

Projektcontrolling/Weiterführung des QM-Systems nach der evtl. Zertifizierung

Uns ist bewusst, dass QM einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess darstellt und somit niemals beendet werden kann. Vor allen Dingen profitiert unser Unternehmen auch von den bisher erreichten Ergebnissen.

Um diesen positiven Prozess auch nach Erhalt des KTQ-Zertifikates im Mai 2007 weiterführen zu können, wenden wir verschiedene Instrumente zur Qualitätsbewertung an und werten diese Ergebnisse im Rahmen von Leitungskonferenzen, Managementbewertungen oder sonstigen Veranstaltungen aus.

Ziel ist es unser QM-System zu verbessern und zu ergänzen, d. h. es werden neben den vorhandenen Ablaufbeschreibungen auch neue Abläufe beschrieben, welche die Defizite und Schnittstellenproblematiken aufzeigen und somit einer Lösung zugeführt werden können.





D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Zur kontinuierlichen Messung und Verbesserung der Qualität bzw. des Qualitätsmanagements wurden im Berichtsjahr 2006 folgende Maßnahmen durchgeführt:

Interne Qualitätsbewertung

Selbstbewertung

Im Frühjahr und nochmals am Ende des Jahres 2006 wurden zur Erlangung der angestrebten Zertifizierung nach KTQ (welche im Mai 2007 erreicht wurde) Selbstbewertungen verschiedener Kriterien und Abläufe durchgeführt, bei welchen der gesamte KTQ-Fragenkatalog bearbeitet und beantwortet sowie ein Selbstbewertungsbericht erstellt wurde.

Maßnahmenkatalog

Ergänzend wurde im Sommer 2006 zur Unterstützung des QM-Prozesses ein klinikinterner Maßnahmenkatalog zur Verbesserung vermeintlicher Defizite erstellt und bis zum Jahresende 2006 abgearbeitet. Auch für den Zeitraum 2007 bis 2009 wurde bereits ein Maßnahmenplan erstellt.

Ziel- und Ablaufüberprüfungen

Unsere Prozessziele werden kontinuierlich überprüft. So haben einige Mitarbeiter (u. a. aus dem QM-Team) den Auftrag entweder permanent oder stichprobenartig einige unserer gesetzten Ziele zu überprüfen und die Ergebnisse an den Qualitätsmanagementbeauftragten zu melden.

Unter anderem werden z. B. die zeitliche Einhaltung der Visitenzeiten und die Wartezeiten der Patienten in der Aufnahmesituation gemessen.

Audits und Prozesspaten

Mindestens einmal im Jahr werden die im Organisations-Handbuch aufgeführten Ablaufbeschreibungen von Mitarbeitern des QM-Teams (Prozesspaten) auf deren Gültigkeit und Einhaltung überprüft. Die Überprüfungen werden dokumentiert, an den QMB und die Steuerungsgruppe weitergeleitet und bei komplexeren Abweichungen erfolgen Optimierungen (ggf. i. R. eines Optimierungs-Workshops).





Projektmanagement

Bis Ende 2006 wurden im Rahmen des QM-Systems 17 Projektaufträge erstellt und weitestgehend abgearbeitet. Die Zielvereinbarungen der Projekte werden regelmäßig durch Zwischen- und Endergebnisse abgestimmt und geprüft.

Managementbewertung

Da die erste Managementbewertung nach der KTQ-Zertifizierung im Mai 2007 geplant war, erfolgte im Berichtsjahr 2006 keine Managementbewertung.

Ab 2007 sind jährliche Managementbewertungen geplant (die erste fand im September 2007 statt). An dieser nehmen die Krankenhausbetriebsleiter, der MAV-Vorsitzende und der Qualitätsmanagementbeauftragte und Stellvertreter teil.

Beschwerdemanagement

Neben der Erstellung eines Jahresberichts der gesetzlich vorgeschriebenen Patientenbeschwerdestelle wurden in 2006 Patientenbeschwerden über ein neu erstelltes „Formular zur Beschwerdeerfassung“ erfasst, gesammelt und fortlaufend ausgewertet. Ebenso werden klinikinterne besondere Vorkommnisse über ein gesondertes Formular erfasst.

Vorschlagswesen

Es erfolgte eine Ideenbörse für alle Mitarbeiter, bei welcher zu einem vorher abgestimmten Thema Ideen und Verbesserungsvorschläge gemacht werden konnten. Diese soll auch künftig jährlich stattfinden.

Mitarbeiter-Befragungen

Erstmals wurde Ende 2006 eine Mitarbeiter-Befragung durchgeführt, welche von einem externen Unternehmen organisiert wurde. Die Vorstellung der Ergebnisse erfolgte im Mai 2007 im Rahmen einer Mitarbeiterveranstaltung.





Patienten-Befragungen

Seit Mitte 2006 erfolgt die kontinuierliche Erfassung von Patientenwünschen, -verbesserungsvorschlägen und -kritik mittels eines Patientenfragebogens. Diese werden statistisch und inhaltlich ausgewertet und der Krankenhausbetriebsleitung vorgelegt.

Freiwillige externe Qualitätsbewertungen

- Winnenden-Studie (PsychPV-Vergleich bundesweit)
- Krankenhauszweckverbandsinterne Auswertungen nach:
 - Fallzahlen/Verweildauern nach ICD 10-Katalog
 - Durchschnittliche Personalkosten je nach Dienstart
 - Personalausfallzeiten
 - Fallkosten
 - Pflegesatzvergleiche
 - Arzneimittelpreisvergleiche
- Umfragen und Auswertungen des Diözesan-Caritas-Verbandes

Gesetzlich geregelte Qualitätsbewertungen

- Begehungen nach PsychKG (Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten)
- Begehungen durch das Gesundheitsamt
- Begehungen durch die Berufsgenossenschaft
- Begehungen durch den Regierungspräsidenten (Medizin-Produkte-Gesetz)
- Begehungen durch den TÜV
- Begehungen durch das Amt für Arbeitsschutz
- Begehungen durch die Feuerwehr





D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Mit Beginn der Einführung des Qualitätsmanagementsystems im Jahr 2004 wurden bereits sehr kurzfristig Projekte initiiert, die sich mit der Optimierung von klinikinternen Abläufen und Erreichung von Qualitätszielen befassten.

Für diese Projekte wurde eine verbindliche Regelung des Projektmanagements gewählt und alle Projektideen zunächst von der Krankenhausbetriebsleitung bewertet und ggf. beauftragt. Als zentraler Projektkoordinator wurde der QMB ernannt und die einzelnen Projektphasen in Zielplanung, Vorplanung, Ausführungsplanung, Durchführung und Controlling unterteilt.

Unsere Regelung zum Projektmanagement beinhaltet ein festgelegtes Berichtswesen mit der Erstellung von Zwischen- und Endergebnissen. Im Zeitraum 2004 bis 2006 wurden insgesamt 17 Projekte bearbeitet.

Im Jahr 2006 wurden u. A. folgende Projekte abgeschlossen:

- Interne Budgetierung
- Stellenbeschreibungen
- Struktur des diagnostischen und therapeutischen Prozesses
- Überarbeitung des Dokumentations-Handbuches

In weiterer Bearbeitung befinden sich über den Berichtszeitraum 2006 hinaus u. a. folgende Projekte:

- Optimierung der Ergo-, Physio-, Sport-, Musik- und Gartentherapie
- Angehörigenarbeit
- Internet-Auftritt der Klinik
- EDV-Konzept
- Klinikinternes Sicherheitskonzept zum Umgang mit Gewaltsituationen

Ein Teil der Projekte wurde kurzfristig bearbeitet und ist bereits umgesetzt worden. Ein anderer Teil der Projekte, deren Planung, Strukturierung und Umsetzung einen größeren zeitlichen und inhaltlichen Rahmen benötigen, werden zur Zeit in fortlaufenden Projektgruppensitzungen erarbeitet.





Zu den im Jahr 2006 verabschiedeten und umgesetzten Projekten gehört z. B. das Projekt „Stellenbeschreibungen“, im Rahmen dessen alle im Hause tätigen Berufsgruppen aufgelistet, vorhandene Stellenbeschreibungen überarbeitet und um die fehlenden Stellenbeschreibungen ergänzt wurden. Anschließend wurden alle Stellenbeschreibungen ins Intranet gestellt, sodass jeder Mitarbeiter Zugriff auf diese hat.

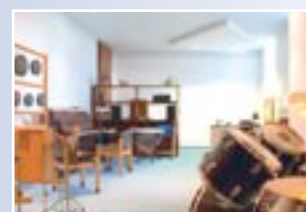
In der Projektgruppe „Interne Budgetierung“ wurden in einer berufsübergreifenden Gruppe u. a. transparente Budgets für alle Kostenverantwortlichen erstellt und festgelegt sowie regelmäßige Quartalsbesprechungen mit den Verantwortlichen eingeführt, was zu einem besseren Umgang mit den vorhandenen Ressourcen und mehr Eigenverantwortung der Beteiligten führte.

Als drittes Beispiel eines bereits verabschiedeten Projektes sei das Projekt „Überarbeitung des Dokumentations-Handbuches“ aufgeführt, durch welches alle Mitarbeiter wichtige und aktuelle Aspekte der Dokumentation erfahren. Das überarbeitete Dokumentations-Handbuch wurde ebenfalls ins Intranet gestellt.

Darüber hinaus führen wir seit mehreren Jahren Projekte zur Informationsverbesserung sowohl klinikintern als auch mit den Überweisern bzw. Kollegen aus anderen Einrichtungen durch.

So finden regelmäßig interne und externe Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen statt, z. B. zu den Themen Umgang mit Verhaltensstörungen, Psychoedukation, Ernährung, Psychopharmakologie, Hygiene, etc.

Darüber hinaus gibt es auf verschiedenen Ebenen eine Zusammenarbeit mit externen Fort- und Weiterbildungsinstituten.





D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

KTQ-Zertifizierung

Am 03.05.2007 wurde unser Haus nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) zertifiziert.

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, welches den Krankenhäusern als Instrument dient, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung vorgenommen. Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen.

